

**U. PORTO**

**FMUP** FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2015/2016

Ana Rita Grilo Barradas  
Caracterização sociopsicológica de  
doentes com cancro da mama em  
idade geriátrica

março, 2016

FMUP

Ana Rita Grilo Barradas  
Caracterização sociopsicológica de  
doentes com cancro da mama em  
idade geriátrica

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Cirurgia Geral**  
**Tipologia: Dissertação**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**  
**Dr.º Fernando Osório**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:**  
**Acta Médica Portuguesa**

março, 2016

**FMUP**

Eu, Ana Rita Grilo Barradas, abaixo assinado, nº mecanográfico 201108621, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2016

Assinatura conforme cartão de identificação:

Ana Rita Grilo Barradas

NOME

Ana Rita Grilo Barradas

NÚMERO DE ESTUDANTE

201108621

DATA DE CONCLUSÃO

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Cirurgia Geral

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Caracterização sociopsicológica de doentes com cancro da mama em idade geriátrica

ORIENTADOR

Dr.º Fernando Osório

COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE. <i>Resumo e Abstract</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.	<input type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2016

Assinatura conforme cartão de identificação: Ana Rita Grilo Barradas

*Em memória da minha avó  
Tomásia*

**Caracterização sociopsicológica de doentes com cancro da mama em idade geriátrica**

**Psychosocial characterization in elderly patients with breast cancer**

**Autores:**

Ana Rita Barradas, estudante de medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Joana Urbano, interna de formação específica, Medicina Interna, Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Fernando Osório, Centro de Mama, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

**Morada e e-mail do autor responsável por correspondência:**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, mimed11003@med.up.pt

**Título para cabeçalho:**

Cancro da mama em idade geriátrica

## RESUMO

**Introdução:** O tratamento do cancro da mama nas idosas continua controverso. A ausência duma adequada avaliação geriátrica pode condicionar subtratamento. O nosso objetivo foi adequar uma caracterização sociopsicológica e funcional à identificação de ferramentas de triagem de fragilidade preditivas de subtratamento.

**Materiais e métodos:** Avaliamos as doentes com cancro da mama e 70 ou mais anos, admitidas no Centro de Mama do Centro Hospitalar São João, no ano de 2014. Fizemos a sua caracterização sociopsicológica e das suas atividades de vida diária. Aplicámos ainda três escalas de risco geriátrico e duas escalas de desempenho funcional. Registamos as características clínicas das doentes e as características oncológicas da doença, assim como as opções de tratamento.

**Resultados:** Estudámos 92 doentes, apenas um do género masculino, com a idade média de 78,1 anos. Setenta responderam aos questionários de caracterização sociopsicológica e atividades de vida diária, 62 fizeram a avaliação geriátrica em consulta hospitalar adicional e 19 recusaram participar no estudo.

**Discussão:** Constatámos subtratamento em 58,6% das pacientes, tendo existido forte correlação deste com as idosas que vivem sozinhas ou com familiares que não o marido. Outras variáveis como o sentir-se mais velha que a sua idade real, a ausência de passatempos, a ausência de prazer em viver e a psicopatologia, assim como os graus 2-3 da escala de ECOG e a escala de risco geriátrico G8, também se correlacionaram com o subtratamento.

**Conclusão:** O algoritmo de avaliação proposto – caracterização sociofuncional e as escalas ECOG e G8 - adequa-se facilmente à prática clínica diária e tem uma boa correlação na identificação do risco de subtratamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** The treatment of breast cancer in older patients remains controversial. Absence of a detailed geriatric assessment may have effects on undertreatment. Our purpose was to fit a socio-psychological and functional characterization to identify the most practical and useful screening tool of geriatric frailty that predicted a higher risk of undertreatment.

**Materials and methods:** We studied a consecutive series of patients with breast cancer, aged 70yo or higher, treated in Centro da Mama do Centro Hospitalar São João during 2014. We conducted a socio-psychological and daily living activities characterization. We proceeded to the application of three geriatric risk scales and two functional performance scales. We also recorded the clinical features of patients, the oncological disease characteristics and treatment options.

**Results:** We analyzed 92 patients, there was only one male patient, average age was 78.1 years old. Seventy patients responded to the questionnaires regarding sociopsychological characterization and daily living activities, 62 made the geriatric assessment in additional hospital appointment and 19 refused to participate in the study.

**Discussion:** We found that 58.6 % of our patients were undertreated, and that there was a strong correlation between this and older women that lived alone or with family, except their husband. Other assessed variables, such as the sense of being older, absence of hobbies, non-pleasing life, psychopathology, as well as the ECOG scale grade 2-3 and risk G8-scale were also correlated with undertreatment.

**Conclusion:** The geriatric evaluation algorithm proposed in this study – sociofuncional characterization and ECOG and G8 scales – fits easily in the daily clinical practice and it has a good correlation in order to identify the risk of undertreatment

**Keywords:** Breast cancer, elderly people, geriatric assessment.



## INTRODUÇÃO

O progressivo envelhecimento da população portuguesa é um problema atual que se tem vindo a acentuar, quer na base da pirâmide populacional com a diminuição da natalidade, quer no seu topo com o incremento da população em idade geriátrica.<sup>1</sup> A pirâmide populacional deixou de ter uma forma triangular e tem vindo a sofrer um estreitamento na sua base, como resultado da diminuição da fecundidade <sup>1</sup> e um alargamento no topo decorrente da maior longevidade da população. Assiste-se assim ao fenómeno da "inversão" da pirâmide de idades.<sup>1</sup> Em Portugal, a população com 65 ou mais anos representava em 1981 cerca de 11,5% <sup>2</sup>e em 2011 subiu para os 19%.<sup>3</sup> É de sublinhar o acréscimo verificado na população com 70 ou mais anos, que em 2011 era de cerca de 14% da população total, enquanto em 2001 era de apenas 11%.<sup>3</sup> As previsões para 2030 apontam que esse valor subirá para 25%, o que corresponde a cerca de 2.438.016 idosos.<sup>4</sup> A evolução demográfica nos países membros da União Europeia, à semelhança de Portugal, apresenta uma profunda alteração na estrutura etária e dimensão populacional. Em 2014, a população com 65 ou mais anos representava 18,5% da população, sendo expectável um aumento para 28,7% em 2080.<sup>5</sup>

As doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e os tumores malignos constituem as principais causas de morte em Portugal. Apesar das doenças do aparelho circulatório continuarem a ser a principal causa de morte, a sua proporção tem vindo a decrescer, enquanto os tumores malignos e as doenças do aparelho respiratório, pelo contrário, têm vindo a aumentar o seu peso relativo na taxa de mortalidade. Em 2012 cerca de 24% dos óbitos foram causados por tumores malignos,<sup>6</sup> e se considerarmos apenas os óbitos da população com 65 ou mais anos, verifica-se que os tumores malignos são já a principal causa de morte no grupo etário dos 65 aos 74 anos, apresentando uma taxa de mortalidade de 582,2 por 100000 habitantes, nesse ano.<sup>6</sup> A taxa bruta e padronizada da mortalidade registada devido a cancro da mama apresentou um aumento gradual entre 2007-2012, sendo a taxa de mortalidade padronizada na população com  $\geq 65$  anos de 79,9 por 100000 mulheres, em 2012.<sup>6</sup> A taxa global de incidência foi de 85,6 por 100000 mulheres, em 2012.<sup>7</sup> Na Europa, o cancro representa 25,8% do total dos óbitos, sendo que a taxa de mortalidade padronizada na população com  $\geq 65$  anos foi de 1029.7 por 100000 habitantes em 2012, mais baixa do que a taxa apresentada pelas doenças do aparelho circulatório.<sup>8</sup> Relativamente ao cancro da mama, a taxa de mortalidade padronizada na população com  $\geq 65$  anos foi de 135 por 100000 mulheres em 2011<sup>9</sup> e a taxa global de incidência foi 106.6 por 100000 mulheres em 2012.<sup>7</sup> Um olhar atento a estes números evidencia um menor número de casos de cancro da mama na população geriátrica em Portugal, o que pode traduzir um subdiagnóstico clínico e

imagiológico, e simultaneamente explicar a aparente menor taxa de mortalidade específica por cancro da mama neste subgrupo etário. Com o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, é expectável que se verifique um aumento da incidência do cancro da mama, atingindo um pico nas mulheres com idades entre os 70 e 84 anos.<sup>10</sup>

O benefício diagnóstico do uso da mamografia como método de rastreio, de base populacional, entre os 50 e os 69 anos é consensualmente aceite.<sup>11</sup> Já no que diz respeito a pacientes com 70 ou mais anos, excluídas deste programa nalguns países, como Portugal, as evidências não são tão claras: alguns estudos não mostraram associação entre o uso da mamografia como método de rastreio nesta faixa etária e a redução da mortalidade por cancro de mama, enquanto noutros foi evidente um potencial benefício a nível da melhoria da sobrevivência, mesmo em pacientes com 80 ou mais anos.<sup>11</sup> No que diz respeito ao autoexame da mama, não há evidências claras sobre o seu benefício, pelo que atualmente não é recomendado.<sup>12</sup> A mamografia é usada como complemento ao exame clínico em 72% das mulheres com 40 ou mais anos e apenas em 30-38% das mulheres com mais de 80 anos,<sup>13</sup> o que sugere uma fraca utilidade para fins de rastreio nas pacientes idosas com cancro da mama.<sup>13</sup>

A melhor estratégia terapêutica na abordagem do idoso com cancro continua ainda controversa.<sup>14</sup> Na literatura é frequentemente constatada a sub-representação da população idosa nos ensaios clínicos,<sup>15</sup> provavelmente para retirar destes a heterogeneidade da fisiologia e fragilidade do idoso, bem como da sua frequente polimedicação e probabilidade de interações medicamentosas e de uma menor adesão à terapêutica.<sup>16, 17</sup> A ideia de que o cancro da mama é biologicamente menos agressivo em mulheres mais velhas é o principal estigma do possível subtratamento desta população e afeta, de forma evidente, as taxas de sobrevida.<sup>10</sup> É fundamental garantir uma amostra representativa da população em idade geriátrica nos ensaios clínicos, pois só assim será possível tirar conclusões sólidas e definir um tratamento padrão adequado a este grupo etário, evitando o subtratamento.<sup>15, 16</sup> De modo a colmatar estas necessidades têm surgido várias escalas de avaliação geriátrica, com o intuito de identificar problemas e desenvolver um plano personalizado para o tratamento e seguimento destes doentes, tendo por base uma avaliação multidisciplinar, avaliando o estado geral, nutricional e psicológico, as comorbilidades, a polimedicação, a cognição, o estatuto socioeconómico e as síndromes geriátricas.<sup>18</sup>

O objetivo deste estudo é obter uma caracterização sociopsicológica da população idosa com cancro da mama. Para isso, aplicámos uma serie de questionários às doentes com 70 ou mais anos e diagnosticadas com cancro da mama de janeiro a dezembro de 2014 no Centro de Mama do Centro Hospitalar São João (CM-CHSJ). Temos ainda como objetivo tentar

identificar uma ferramenta de triagem de fácil aplicação na prática clínica e preditor do risco de subtratamento.

## MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo foram avaliadas todas as doentes com 70 anos ou mais anos de idade, admitidas no CM-CHSJ, entre janeiro e dezembro de 2014 com o diagnóstico de cancro da mama. Foi efetuada uma avaliação retrospectiva do contexto social (apêndice A) e psicológico, utilizando a escala de ansiedade e depressão hospitalar,<sup>19</sup> contudo focamos a nossa avaliação apenas na componente depressiva nestas doentes (pontuação 0-7 “saúdável”, 8-11 estadio *borderline* e igual ou superior a 12 psicopatologia). Avaliamos ainda a capacidade de realizar as atividades de vida diárias (AVD’s) usando a escala de Lawton e Brody<sup>20</sup> (score 0: dependente, score 1: autónomo). Os questionários foram realizados através da aplicação presencial ou de uma chamada telefónica. Todas as pacientes foram também convocadas para uma consulta hospitalar adicional, antes da reunião multidisciplinar de grupo oncológico (RMGO) ou imediatamente após o início do tratamento, onde foi realizada uma avaliação geriátrica através da aplicação de três escalas de avaliação de risco geriátrico – *G8* (risco presente se pontuação entre 0-14 e risco ausente se pontuação entre 15-17)<sup>21</sup>, *Flemish version of the Triage Risk Screening Tool* (risco presente se  $\geq 1$  ponto, risco ausente se 0 pontos)<sup>22</sup> e a *Groningen Frailty Indicator* (risco presente se entre 4-15 pontos, ausente se entre 0-3 pontos)<sup>23</sup>, tendo sido ainda aplicadas duas escalas de desempenho funcional, a escala de Karnofsky (score de 10 a 100%)<sup>24</sup> e a escala do *Cooperative Oncology Group* (ECOG, score de 0 a 4). Foram registadas as características clínicas da doente e as características oncológicas da doença, assim como as opções de tratamento. Subtratamento foi definido como 1) não conclusão do protocolo de tratamento estabelecido pelo RMGO independentemente da idade, 2) quando o paciente recusa a proposta de tratamento da RMGO, 3) quando na presença de fragilidade fisiológica limitante.

Os dados foram analisados usando SPSS v23, significância estatística  $p < 0,05$ . Para comparação de variáveis contínuas usou-se testes não paramétricos, para variáveis categóricas utilizou-se medidas de correlação.

## RESULTADOS

O estudo contemplou 92 doentes, que corresponderam a 26,1% das pacientes com cancro da mama tratadas no CM-CHSJ no ano de 2014. Dessas, setenta (76,1%) responderam aos questionários de caracterização sociopsicológica e AVD's, sessenta e duas (67,3%) fizeram uma avaliação geriátrica em consulta hospitalar adicional e dezanove (20,6%) recusaram participar no estudo proposto. Na aplicação dos questionários, a fonte de informação foi obtida em 56 doentes (80%) através da própria paciente, em 7 doentes (10%) através da própria juntamente com um familiar e em 7 doentes (10%) através de familiares apenas.

A idade média foi de 78,1 anos (mínimo de 70 e máximo de 94 anos). Trinta e três doentes (47,1%) referem sentir-se “mais novas” que a sua idade cronológica, vinte e sete doentes (38,6%) sentem como real a sua idade cronológica e apenas dez doentes (14,3%) se sentem “mais velhas” que a sua idade real. Noventa e uma doentes (98,9%) são do sexo feminino existindo apenas um paciente do sexo masculino. Das doentes que responderam aos questionários, sessenta e quatro (91,4%) mencionam ter “gosto em viver” e apenas seis (8,6%) pacientes referem “não ter prazer em viver”. Em relação ao estado marital verificou-se que trinta e cinco (50%) são casadas, trinta e duas pacientes são viúvas (45,7%), uma (1,4%) é divorciada e duas (2,9%) são solteiras. Metade das pacientes reside com o marido, 11 (15,7%) vivem sozinhas, 20 (28,6%) coabitam com familiares, 3 (4,3%) vivem com cuidadores sem relação de parentesco e apenas uma das pacientes mora num lar (1,4%). A maioria das doentes (77,1%) nega ter qualquer necessidade de apoio de familiares e 47 (67,1%) vivem em casa própria. Questionadas quanto à prática de passatempos, 39 pacientes (55,7%) responderam afirmativamente. Os mais frequentes são a “leitura” (10 doentes), os “bordados” (10 doentes) e a “costura” (9 doentes), sendo que muitas pacientes têm mais do que um passatempo em simultâneo. No que concerne à escolaridade verificamos que 11 doentes (12,0%) não tinham qualquer escolaridade, 57 (62,0%) apenas frequentaram o ensino primário, 13 (14,1%) frequentaram o ensino secundário e só 11 (12,0%) têm formação superior. Avaliamos ainda a ocorrência de quedas no último ano, dado este ser um parâmetro indicador de fragilidade. Verificamos que 50 pacientes (71,4%) não sofreram nenhuma queda no último ano, 15 (21,4%) caiu apenas uma vez e 5 (7,2%) sofreram duas ou mais quedas. No entanto 36 pacientes (51,4%) salientaram ter “medo de cair”.

Do ponto de vista psicológico apuramos que 50 doentes (71,4%) são saudáveis, 11 doentes (15,7%) encontram-se num estadio *borderline* e 9 doentes (12,9%) padecem de psicopatologia. Todas as doentes em estadio *borderline* ou com psicopatologia, se não o eram, foram orientadas para a consulta de psicooncologia do CM-CHSJ.

Os resultados referentes aos questionários sobre as atividades de vida diária encontram-se sumariados na tabela 1. É de salientar a elevada autonomia da maioria das doentes, 32 doentes (45,7%) são completamente independentes em todas as suas AVD's e 20 (28,6%) apresentam limitações apenas em uma ou duas das AVD's (dependência ligeira). Os grupos com maiores percentagens de limitações funcionais são: as "compras" onde 30 doentes (42,8%) mencionaram necessitar de apoio ou ser completamente incapazes de realizar compras sozinhas. Nas "deslocações", onde 21 pacientes (30%) têm limitações na mobilidade, necessitando de assistência de outros ou não viajam de todo. Ao nível do "cozinhar", encontramos 19 pacientes (27,1%) que necessitam de ajuda ou não conseguem mesmo preparar qualquer refeição. E por fim, 16 doentes (22,9%) mencionam não ter capacidade para "tratar da sua roupa". A aplicação dos três questionários previamente referidos teve uma duração média de 7 minutos, com uma variação entre os 5 e os 12 minutos.

Das escalas de desempenho funcional (ECOG e Karnofsky) os resultados são apresentados na tabela 2. Observamos que 73 doentes (79,5%) se encontram no grau 0 ou 1 da escala de ECOG e que 40 doentes (64,5%) se encontram entre os 80-100% na escala de Karnofsky.

Os dados sobre as escalas de avaliação de risco geriátrico (*G8*, *Flemish version of the Triage Risk Screening Tool* e *Groningen Frailty Indicator*) encontram-se sintetizados na tabela 3. O risco de fragilidade calculado pelas escalas *G8*, *Flemish* e *Groningen* foi de 37,1%, 74,2% e 32,3%, respetivamente. O risco geriátrico foi avaliado em consulta hospitalar adicional, sendo que em média, a avaliação das pacientes com base nas três escalas demorou cerca de 15 minutos por doente, num mínimo de 11 e máximo de 18 minutos.

O diagnóstico foi predominantemente clínico, em 68 doentes (73,9%) foi detetado pelo autoexame e em 2 (2,2%) na sequência do estudo de doença óssea metastática sintomática. Apenas 22 pacientes (23,9%) foram detetadas por exames de imagem de vigilância periódica. Os estadios TMN predominantes foram o IIA com 28 doentes (30,4%) e o IA com 22 doentes (23,9%), sendo que apenas cinco pacientes (8,7%) se apresentaram no estadio IV. O tipo de tumor mais comum foi o carcinoma invasor "*no special type*", encontrado em 64 doentes (69,6%). Tendo em consideração a classificação molecular, 35 pacientes (52,2%) são luminal A, 13 (19,4%) são luminal B HER2 negativo, 5 (7,5%) são luminal B HER2 positivo, 5 (7,5%) são HER2 e 9 (13,4%) são triplos negativos. A avaliação imunohistoquímica mostrou que 83,1% e 73,5% das pacientes apresentavam, respetivamente, recetores de estrogénio (RE) e progesterona (RP) positivos. O HER2 foi positivo em 11 pacientes (16,4%), no entanto a amplificação do HER2 não foi avaliada em 25 pacientes (27%) atendendo à idade cronológica. No que diz respeito à decisão terapêutica, setenta e quatro doentes (80,4%)

foram submetidas a cirurgia, sendo que 41 (55%) fez cirurgia conservadora e 33 (45%) mastectomia. Dez doentes (10,9%) recusaram a cirurgia proposta. Quinze doentes (16,3%) realizaram hormonoterapia neoadjuvante e sete (7,6%) foram submetidas a quimioterapia neoadjuvante. O tratamento adjuvante foi cumprido em 70 doentes (76%). Destas 56 pacientes (60,9%) realizaram hormonoterapia, 44 doentes (47,8%) foram submetidas a radioterapia, 20 (21,7%) cumpriram quimioterapia, 9 (9,8%) fizeram trastuzumab e apenas em 6 pacientes (6,5%) se optou pela vigilância.

Apuramos que 58,7% das pacientes com cancro da mama em idade geriátrica foram subtratadas, sendo mais elevada a idade média nas 54 mulheres por nós consideradas subtratadas ( $79,9 \pm 6,102$  anos) do que nas 38 em que foi cumprido o tratamento oncológico preconizado na consulta de grupo oncológico ( $75,5 \pm 5,376$  anos). O principal motivo de subtratamento foi a ausência de condições fisiológicas para a realização de quimioterapia adjuvante, o que ocorreu em 25 doentes. Seis doentes recusaram realizar quimioterapia e em outras 6 esta teve de ser interrompida por intolerância das pacientes. Em duas doentes constatou-se não terem função cardíaca suficiente para realizar a terapêutica biológica indicada com trastuzumab. Além das 10 doentes que recusaram cirurgia, houve ainda 8 que não foram operadas e 11 que não realizaram radioterapia adjuvante por não terem as necessárias condições fisiológicas.

## DISCUSSÃO

O conceito de idoso, pode ser definido de acordo com várias características incluindo a idade cronológica, mudanças no seu papel social ou nas suas capacidades funcionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países desenvolvidos a idade cronológica estabelecida para definir idoso é de 65 anos, embora não haja consenso em relação a este número.<sup>25</sup>

À semelhança de outros estudos publicados<sup>26-28</sup>, também o nosso estudo veio comprovar que há um subtratamento na população geriátrica com cancro da mama, tendo-se constatado um valor significativo de 58,7%. Existe uma forte correlação, embora sem significância estatística, entre o subtratamento e as idosas que vivem sozinhas ou com familiares, com exceção do marido (tabela 4). Embora no nosso estudo a vida em conjunto com outros familiares que não o marido se associe ao subtratamento, no que diz respeito ao facto de viverem sozinhas, os nossos resultados são concordantes com dois estudos, um realizado por Kroenke et al.,<sup>29</sup> e outro por Waxler-Morrison et al.,<sup>30</sup> onde se verificou um aumento da mortalidade em idosas com cancro da mama que não tinham amigos ou familiares próximos. Já no que respeita ao estado marital de casada, os resultados são discordantes dos encontrados por Kroenke et al.,<sup>29</sup> que não verificou uma associação significativa entre este estado e a diminuição da mortalidade, enquanto no presente estudo aferimos uma forte correlação entre a ausência de subtratamento e o estado marital de casada ( $p < 0,037$ ). Outras variáveis como o sentir-se mais velha que a sua idade real ( $p < 0,031$ ), a ausência de passatempos ( $p < 0,051$ ) e a ausência de prazer em viver ( $p < 0,25$ ) também se correlacionam fortemente com o subtratamento (tabela 4).

Em relação ao apoio emocional e depressão Reynolds et al.<sup>31</sup> encontrou um elevado risco relativo de morte por cancro da mama em doentes com fraco suporte emocional. Num outro estudo realizado por Goodwin et al.<sup>32</sup> verificou-se que as mulheres com diagnóstico prévio de depressão tinham maior risco de receber um tratamento que não é considerado o mais adequado, ou seja, um maior risco de subtratamento. À semelhança do constatado nos estudos anteriormente referidos, também nós verificamos que há uma forte correlação entre o subtratamento e as pacientes em estadio borderline ou com psicopatologia, embora sem significância estatística (tabela 4).

Quanto à avaliação da escala de AVD's, Walter et al.<sup>33</sup> num estudo realizado em 4516 pacientes com 70 ou mais anos, demonstrou que pacientes que perdiam um terço das suas capacidades de atividades de vida diária tinham uma sobrevida de menos dois anos quando comparados com pacientes sem declínio das AVD's. Porém no nosso estudo não obtivemos



nenhuma relação significativamente estatística entre as AVD's e o subtratamento (tabela 5). Sonmez et al.<sup>34</sup> verificou que 43,4% dos pacientes com cancro da mama e 65 ou mais anos, avaliados no seu estudo eram independentes para as AVD's, também neste trabalho verificamos que 45,7% das pacientes são completamente autónomas para todas as atividades de vida diária.

Do ponto de vista de desempenho funcional utilizamos a escala de ECOG e de Karnofsky. De acordo com a literatura não existem vantagens de um método em relação ao outro.<sup>35</sup> Os *scores* 0-1 da escala de ECOG correspondem ao 80-100% da escala de Karnofsky. No nosso estudo verificamos que 73 doentes (79,5%) foram classificadas no grau 0 ou 1 da escala de ECOG e 40 doentes (64,5%) entre os 80-100% na escala de Karnofsky. É necessário ter em consideração o facto da escala de ECOG ter sido aplicada a 92 pacientes enquanto a escala de Karnofsky só foi avaliada em 62 pacientes. Verificamos que o grau 2-3 da escala de ECOG e a escala de risco geriátrico G8 se correlacionam (embora sem significância estatística) com o subtratamento (tabela 6). Não se obteve correlação com as escalas de Karnofsky, Flemish ou Groninger (tabela 6). Kenis et al.<sup>36</sup> verificou num estudo realizado em pacientes com cancro e 70 ou mais anos, que a escala G8 era um bom preditor do risco geriátrico e apresenta um elevado valor prognóstico do declínio funcional e da sobrevida global dos doentes.

Contrariamente à tendência atual, no nosso estudo verificamos que apenas 22,8% das pacientes foi diagnosticada por exames de imagem, tendo sido o diagnóstico predominantemente clínico (76,1%, tabela 6). O mesmo se verificou no estudo de Eaker et al.<sup>37</sup> onde as pacientes com 70 ou mais anos foram maioritariamente diagnosticadas através de exame clínico. Isto evidencia o facto de este grupo etário ser excluído do rastreio mamográfico, de base populacional entre os 45-69 anos, o que nos remete para uma importante questão de saúde pública, pois nos países ocidentais uma mulher de 70 anos pode ter uma esperança média de vida de ainda 12-16 anos.<sup>37</sup>

Quando avaliamos as doentes de acordo com o estadio TNM verificamos um maior subtratamento nas doentes em estadio IIA ou superior (tabela 6). Também Owusu et al.<sup>38</sup> e Eaker et al.<sup>37</sup> mostram que as mulheres com cancro da mama em estadio III ou superior apresentavam maior risco de mortalidade devido ao subtratamento.

As idosas tendem a expressar recetores de estrogénio e progesterona nos seus tumores, o que melhora o prognóstico e as torna mais candidatas a hormonoterapia.<sup>13</sup> No nosso estudo, 83,1% das pacientes apresentava positividade para os recetores de estrogénio e 73,5% para os recetores de progesterona. Sendo que a maioria das pacientes com recetores hormonais foi submetida a hormonoterapia (77,2%). Tal como sugerido por outros estudos,

tratamentos menos tóxicos são mais vezes oferecidos a pacientes mais velhas.<sup>13,38</sup> Em relação ao uso de quimioterapia, vários estudos<sup>13,26,38</sup> verificaram que há uma diminuição no uso desta à medida que aumenta a idade da paciente. Também nós verificamos que apenas 27 doentes (29%) foram tratadas com recurso a quimioterapia. Uma possível explicação é o facto de grande parte dos oncologistas serem relutantes em expor as pacientes idosas à toxicidade da quimioterapia devido ao escasso número de ensaios clínicos randomizados.

No que diz respeito ao tratamento cirúrgico as idosas com 70 ou mais anos são, geralmente, submetidas a cirurgias menos agressivas.<sup>28</sup> Na nossa amostra 33 doentes (45%) foram submetidas a mastectomia e 41 (55%) a cirurgia conservadora. É de salientar que das 33 doentes submetidas a mastectomia 10 (13,5%) foram de alguma forma sobretratadas, quer de modo a evitar a radioterapia adjuvante quer por escolha da própria doente.

As principais limitações do nosso estudo são a falta de informação sobre o número de diagnósticos de cancro da mama realizados anualmente em Portugal a idosas com 70 ou mais anos, o que não permitiu calcular com exatidão o tamanho da amostra. As diferentes características dos tumores podem condicionar o tipo de tratamento aplicado. Por exemplo como a maioria dos cancros em idosas apresentam recetores de estrogénio e progesterona, este grupo de pacientes tem tendência a receber mais hormonoterapia em detrimento do seguimento rigoroso das *guidelines*.

## CONCLUSÃO

As doentes em idade geriátrica com cancro da mama são potencialmente prejudicadas por vários fatores inerentes à sua idade: menor uso da mamografia como método de rastreio, baixa taxa de diagnóstico, menor taxa de tratamento de acordo com as *guidelines* estabelecidas e baseadas em ensaios clínicos e possivelmente menor sobrevida. Cada vez mais é fundamental ter em conta as escalas de avaliação geriátrica como uma ferramenta de identificação de possível fragilidade e de complemento da decisão clínica na prática do dia-a-dia, pois com o envelhecimento da população há cada vez mais idosos com cancro que necessitam de uma rigorosa avaliação da função física, das comorbilidades pré-existent e das condições psicossociais e económicas. Tal como demonstrado no presente estudo, Uma percentagem muito significativa, superior a 50%, das pacientes idosas com cancro da mama são subtratadas, pelo que uma avaliação geriátrica detalhada é indispensável, de modo a obter um tratamento mais adequada e personalizado e assim minimizar a possibilidade de subtratamento.

O algoritmo de avaliação proposto neste estudo apresenta vantagens em ser aplicado na prática clínica. Sugerimos o uso de escalas de avaliação de risco geriátrico e de desempenho funcional, nomeadamente a escala geriátrica G8 e a clássica escala de ECOG, assim com a aplicação de questionários para avaliação da capacidade de realização das AVD's e para caracterização sociopsicológica das pacientes. Estas ferramentas de triagem permitem de uma forma célere, durante a consulta médica, estratificar as pacientes e prever de forma prática e rápida a fragilidade e potencial subtratamento inerente a esta faixa etária. O médico no momento do diagnóstico e da proposta terapêutica deve considerar a heterogeneidade fisiopatológica inerente à idade geriátrica, sendo basilar avaliar o paciente como um todo e não apenas focado num determinado órgão ou doença. Neste sentido surge uma crescente necessidade de formação de médicos geriatras, que se preocupem e dediquem a uma visão holística do idoso e do envelhecimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Carneiro R, Chau F, Fialho JAS, Sacadura MJ. O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa; 2012. Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa: Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa.
- 2 – Censos 1981 Resultados Definitivos – Portugal. Lisboa, 1982. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- 3 – Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. Lisboa, 2012. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- 4 – Mendes MF, Rosa MJV. Projeções 2030 e o futuro. Lisboa, 2012. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- 5 – ec.europa.eu/eurostat. Luxemburgo: Gabinete de estatística da União Europeia; [Consultado 2016 jan 15]. Disponível em: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing).
- 6 - Portugal IDADE MAIOR em números, 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Lisboa, 2014. Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Informação e Análise.
- 7 – eco.iarc.fr. Lyon: European Cancer Observatory; [Consultado 2016 Jan 15]. Disponível em: <http://eco.iarc.fr/EUCAN/CancerOne.aspx?Cancer=46&Gender=2>.
- 8 – europa.eu/eurostat. Luxemburgo: Gabinete de estatística da União Europeia; [Consultado 2016 jan 15]. Disponível em: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer\\_statistics#Main\\_statistical\\_findi](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics#Main_statistical_findi).
- 9 – europa.eu/eurostat. Luxemburgo: Gabinete de estatística da União Europeia; [Consultado 2016 jan 15]. Disponível em: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics\\_-\\_people\\_over\\_65](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics_-_people_over_65).
- 10 - Dimitrakopoulos FID, Kottorou A, Antonacopoulou AG, Makatsoris T, Kalofonos HP. Early-Stage Breast Cancer in the Elderly: Confronting an Old Clinical Problem. J Breast Cancer. 2015; 18: 207-217.
- 11 – Wildiers H, Kunkler I, Biganzoli L, Fracheboud J, Vlastos G, Bernard-Marty C. Management of breast cancer in elderly individuals: recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. Lancet Oncol. 2007; 8: 1101–1115.
- 12 – Breast Cancer Prevention and Early Detection. Atlanta, 2015. American Cancer Society.
- 13 – Wang H, Singh AP, Luce SA, Go AR. Breast Cancer Treatment Practices in Elderly Women in a Community Hospital. International J Breast Cancer. 2011; 2011: 1-7.
- 14 – Protière C, Viens P, Rousseau F, Moatti JP. Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy? Critical Reviews in Oncology/Hematology; 2010; 75: 138–150.
- 15 – Scher KS, Hurria A. Under-Representation of Older Adults in Cancer Registration Trials: Known Problem, Little Progress. J Clinical Oncology. 2012; 30: 2036-2038.
- 16 – Denson AC, Mahipal A. Participation of the Elderly Population in Clinical Trials: Barriers and Solutions. J Cancer Control. 2014; 21: 209-214.

- 17 – Puts TEM, Tu HA, Tourangeau A, Howell D, Flitch M, Springall E, et al. Factors influencing adherence to cancer treatment in older adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*. 2014; 25: 564-577.
- 18 – Sattar S, Alibhai SMH, Wildiers H, Puts MTE. How to Implement a Geriatric Assessment in Your Clinical Practice. *The Oncologist*. 2014;19:1056–1068.
- 19 - Baltasar M, Ribeiro J. Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *The Hospital Anxiety And Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; 67:361-370.
- 20 – Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-86.
- 21 – Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, *et al.* Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. *J Clin Oncol*. 2011; 29:9001
- 22 – Deschodt M, Wellens N, Braes T, De Vuyst A, Boonen S, Flamaing J, et al. Prediction of Functional Decline in Older Hospitalized Patients: a Comparative Multicentre Study of Three Screening Tools. *Aging Clin Exp Res*. 2011; 23:421-426.
- 23 – Slaets JP. Vulnerability in the elderly: frailty. *Medical Clinics of North America* 2006, 90:593-601.
- 24 – Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Edited by MacLeod CM. New York: Columbia University Press. 1949; 191–205.
- 25 – World Health Organization. Definition of an older or elderly person. Geneva, Switzerland: WHO; 2010. [Consultado em 5 de fev 2016]. Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- 26 – Hancke K, Denking MD, Konig J, Kurzeder C, Wockel A, Herr D, et al. Standard treatment of female patients with breast cancer decreases substantially for women aged 70 years and older: a German clinical cohort study. *Annals of Oncology*. 2010; 21:748-753.
- 27 – Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schafer P, et al. Undertreatment Strongly Decreases Prognosis of Breast Cancer in Elderly Women. *J Clinical Oncology*. 2003; 21:3580-3587.
- 28 – Gajdos C, Tartter PI, Bleiweiss IJ, Lopchinsky RA, Bernstein JL. The Consequence of Undertreating Breast Cancer in the Elderly. *J A m Coll Surg*. 2001; 192: 698-707.
- 29 – Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *J Clinical Oncology*. 2006; 24: 1105-1111.
- 30 – Waxler-Morrison N, Hislop TG, Mears B, Kan L. Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Soc Sci*. 1991; 33:177-183.
- 31 – Reynolds P, Boyd PT, Blacklow RS, Jackson JS, Greenberg RS, Austin DF, et al. The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients: National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study Group. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1994; 3:253- 259.
- 32 – Goodwin JS, Zhang DD, Ostir GV. Effect of Depression on Diagnosis, Treatment, and Survival of Older Women with Breast Cancer. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52:106-111.
- 33 – Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH, et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA*. 2001; 285: 2987-94.

- 34 – Sonmez OU, Arslan UY, Esbah O, Helvaci K, Turker I, Uyeturk U, et al. Effects of comorbidities and functional living activities on survival in geriatric breast cancer patients. *Contemp Oncol*. 2014; 18:204-210.
- 35 – Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC medical informatics and decision making*. 2013; 13:72-78.
- 36 – Kenis C, Decoster L, Van Puyvelde K, De Grève J, Conings G, Milisen K, et al. Performance of two geriatric screening tools in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2104; 32:19-26.
- 37 – Eaker S, Dickman PW, Bergkvist L, Holmberg L. Differences in management of older women influence breast cancer survival: Results from a population-based database in Sweden. *PLoS Medicine*. 2006; 3:321-328.
- 38 – Owusu C, Lash TL, Silliman RA. Effect of undertreatment on the disparity in age-related breast cancer-specific survival among older women. *Breast Cancer Res Treat*. 2006; 102: 227–236.

**Tabela 1** - Resultados dos questionários relativos às AVD's.

(N=70)	Capacidade para usar o telefone	Compras	Cozinhar	Lida da casa	Tratamento da roupa	Deslocação	Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos	Capacidade para tratar das finanças
	N (%)							
<b>1 Independente</b>	95,7%	57,2%	72,9%	88,6%	77,1%	70%	90%	91,4%
<b>0 Dependente</b>	4,3%	42,8%	27,1%	11,4%	22,9%	30%	10%	8,6%

**Tabela 2** - Avaliação das pacientes de acordo com as escalas de desempenho ECOG e Karnofsky.

ECOG (N=92)	N (%)
0	49 (53,3%)
1	24 (26,1%)
2	8 (8,7%)
3	10 (10,7%)
4	1 (1,1%)
5	0 (0%)
Karnofsky (N=62)	N (%)
100	21 (33,9%)
90	13 (20,9%)
80	6 (9,7%)
70	4 (6,5%)
60	7 (11,3%)
50	9 (14,5%)
40	2 (3,2%)
30	0 (0%)
20	0 (0%)
10	0 (0%)
0	0 (0%)

**Tabela 3** - Perfil do risco avaliado pelas escalas de risco geriátrico.

	G8 (N=62)	Flemish (N=62)	Groningen (N=62)
Score	N (%)		
Risco	23 (37%)	46 (74,2%)	20 (32,3%)
Ausente	39 (63%)	16 (25,8%)	42 (67,7%)

**Tabela 4** – Características sociopsicológicas e relação com o subtratamento.

	Subtratamento		p (< 0,05)
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
<b>Idade (n=70)</b>			
Sente-se mais nova	15 (45,5%)	18 (54,5%)	p< 0,031 *
Sente a própria idade	12 (44,4%)	15 (55,6%)	
Sente-se mais velha	9 (90,0%)	1 (10%)	
<b>Gosto em viver (n=70)</b>			
Sim	30 (46,9%)	34 (53,1%)	p< 0,250 †
Não	6 (100%)	0 (0%)	
<b>Estado marital (n=70)</b>			
Casadas	13 (37,1%)	22 (62,9%)	p< 0,037 ‡
Viúvas	20 (62,5%)	12 (37,5%)	
Divorciadas	1 (100%)	0(0%)	
Solteiras	2 (100%)	0 (0%)	
<b>Com quem vive (n=70)</b>			
Sozinha	7 (63,6%)	4 (36,4%)	p< 0,155 ‡
Marido	13 (37,1%)	22 (62,9%)	
Familiares	13 (65,0%)	7 (35,0%)	
Lar	1 (100%)	0 (0%)	
Outros	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
<b>Apoio dos familiares (N =70)</b>			
Sim	10 (62,5%)	6 (37,5%)	p< 0,313 *
Não	26 (48,1%)	28 (51,9%)	
<b>Escolaridade (n=70)</b>			
Sem escolaridade	8 (72,7%)	3 (27,3%)	p< 0,477 ‡
≤ 4 anos	32 (56,1%)	25 (43,9%)	
5-12 anos	9 (69,2%)	4 (30,8%)	
Ensino superior	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
<b>Medo de cair (n=70)</b>			
Sim	19 (52,8%)	17 (47,2%)	p< 0,816 *
Não	17 (50%)	17 (50%)	
<b>Quedas (n=70)</b>			
0	27 (54%)	23 (46%)	p< 0,050 ‡
1	4 (26,7%)	11 (73,3%)	
>2	5 (100%)	0 (0%)	
<b>Casa própria (n=70)</b>			
Sim	24 (51,1%)	23 (48,9%)	p< 0,930 *
Não	12 (52,2%)	11 (47,8%)	
<b>Passatempos (n=70)</b>			
Sim	16 (41,0%)	23 (59%)	p< 0,051 *
Não	20 (64,5%)	11 (35,5%)	
<b>Depressão (n=70)</b>			
Saudável	22 (44%)	28 (56%)	p< 0,109 ‡
Borderline	7 (63,6%)	4 (36,4%)	
Psicopatologia	7 (77,8%)	2 (22,2%)	

\*<sup>1</sup> Pearson Chi-Square †Fisher's Exact Test ‡Likelihood Ratio



**Tabela 5** – Escala de AVD's e relação com o subtratamento.

	Subtratamento		p (< 0,05)
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
<b>Capacidade para usar o telefone (n=70)</b>			
Independente	34 (50,7%)	33 (49,3%)	p< 1,00 †
Dependente	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
<b>Capacidade de ir às compras (n=70)</b>			
Independente	21 (52,5%)	33 (47,3%)	p< 0,836 *
Dependente	15 (50%)	15 (50%)	
<b>Cozinhar (n=70)</b>			
Independente	24 (47,1%)	27 (52,9%)	p< 0,238 *
Dependente	12 (63,2%)	7 (36,8%)	
<b>Lida da casa (n=70)</b>			
Independente	31 (50,8%)	30 (49,2%)	p< 1,00 †
Dependente	5 (55,6%)	4 (44,4%)	
<b>Tratamento da roupa (n=70)</b>			
Independente	25 (47,2%)	28 (52,8%)	p< 0,208 *
Dependente	11 (64,7%)	6 (35,3%)	
<b>Deslocação (n=70)</b>			
Sim	23 (47,9%)	25 (52,1%)	p< 0,385 *
Dependente	13 (59,1%)	9 (40,9%)	
<b>Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos (n=70)</b>			
Independente	31 (49,2%)	32 (50,8%)	p< 0,430 †
Dependente	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
<b>Capacidade para tratar das finanças (n=70)</b>			
Independente	31 (48,4%)	33 (51,6%)	p< 0,199 †
Dependente	5 (83,3%)	1 (16,7%)	

\* Pearson Chi-Square †Fisher's Exact Test ‡Likelihood Ratio

**Tabela 6** – Características da doença e das escalas de avaliação de risco geriátrico e de desempenho funcional. Relação com o subtratamento.

	Subtratamento		p (< 0,05)
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
<b>Método de deteção (n=92)</b>			
Autoexame	44 (64,7%)	24 (35,3%)	p< 0,021 ‡
Dor óssea	2 (100%)	0 (0%)	
Imagem	7 (33,3%)	14 (66,7%)	
LPCC	1 (100%)	0 (0%)	
<b>Estadio (n=92)</b>			
0	1 (16,7%)	5 (83,3%)	p< 0,049 ‡
IA	8 (36,4%)	14 (63,6%)	
IB	2 (50,0)	2 (50,0%)	
IIA	22 (78,6%)	6 (21,4%)	
IIB	5 (55,6%)	4 (44,4%)	
IIIA	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
IIIB	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
IIIC	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
IV	4 (80,0%)	1 (20,0%)	
<b>Classificação molecular (n=67)</b>			
Luminal A	22 (62,9%)	13 (37,1%)	p< 0,861 ‡
Luminal B HER2 neg	7 (53,8%)	6 (46,2%)	
Luminal B HER2 pos	2 (40%)	3 (60%)	
HER2	3 (60%)	2 (40%)	
TN	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
<b>Recetores Estrogénio (n=89)</b>			
Positivos	44 (59,5%)	30 (40,5%)	p< 0,969 *
Negativos	9 (60%)	6 (40%)	
<b>Recetores Progesterona (n=83)</b>			
Positivos	38 (62,3%)	23 (37,7%)	p< 0,911 *
Negativos	14 (63,6%)	8 (36,4%)	
<b>Recetores HER2 (n=67)</b>			
Positivos	5 (45,5%)	6 (54,5%)	p< 0,329 ‡
Negativos	35 (62,5%)	21 (37,5%)	
<b>Karnofsky (n=62)</b>			
90-100	18 (52,9%)	16 (47,1%)	p< 0,969 ‡
70-80	5 (50%)	5 (50%)	
50-60	10 (62,5%)	6 (37,5%)	
40-30	1 (50%)	1 (50%)	
20-0	0 (0%)	0 (0%)	
<b>ECOG (n=92)</b>			
0	26 (53,1%)	23 (46,9%)	p< 0,084 ‡
1	12 (50%)	12 (50%)	
2	6 (75%)	2 (25%)	
3	9 (90%)	1 (10%)	
4	1 (100%)	0(0%)	
<b>G8 (n=62)</b>			
Risco	14 (60,9%)	9 (39,1%)	p< 0,354 *
Sem risco	19 (48,7%)	20 (51,3%)	
<b>Flemish (n=62)</b>			

Risco	24 (52,2%)	22 (47,8%)	p< 0,778 *
Sem risco	9 (56,3%)	7 (43,8%)	
<b>Groningen (n=62)</b>			
Risco	12 (60%)	8 (40%)	p< 0,461 *
Sem risco	21 (50%)	21 (50%)	

\* Pearson Chi-Square †Fisher's Exact Test ‡Likelihood Ratio TN – triplo negativo

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Dr.<sup>o</sup> Fernando Osório por toda a disponibilidade, compreensão, pelo saber transmitido, por todas as opiniões e críticas essenciais à realização desta dissertação.

À Dr.<sup>a</sup> Joana Urbano pela ajuda imprescindível na realização das consultas adicionais, sem as quais não teria sido possível realizar este trabalho.

Ao Dr.<sup>o</sup> André Magalhães e à colega Lídia Ribeiro pelo auxílio na realização da análise estatística.

À Dr.<sup>a</sup> Raquel Guimarães pela ajuda com os questionários da psicooncologia.

Aos profissionais do Centro de Mama do Centro Hospitalar São João que amavelmente me acolheram.

Aos meus pais pelo apoio incondicional, incentivo, por toda a confiança que sempre depositaram em mim e por me permitirem realizar este sonho.

Ao Tiago por ser um ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos e pelo auxílio prestado ao longo de toda a realização deste trabalho.

Às minhas amigas, em especial à Catarina, pela ajuda nas correções.

# ANEXOS

- 1) Parecer da comissão de ética para a saúde do Centro  
Hospitalar de São João
- 2) Normas de publicação da Acta Médica Portuguesa

Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João/  
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
Porto – Portugal



<b>Nº projecto:</b>	<b>111/2013</b>
<b>Título:</b>	Avaliação geriátrica na população idosa com cancro da mama – validação de um modelo
<b>Investigadores:</b>	<b>Dr. Fernando Cunha Osório / Dra. Ana Rita Grilo Barradas</b>

A CES aprovou a adenda a este projecto em 26 de Fevereiro de 2016.

Com os melhores cumprimentos,

26-02-16

O Secretário da CES

# Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



## Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA  
Acta Med Port 2015, 02 Dezembro 2015

### 1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

### 2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

### 3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

**Lema:** "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

### 4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com) e através da Medline com interface PubMed.

A Acta Médica Portuguesa não cobra quaisquer taxas

relativamente ao processamento ou à submissão de artigos.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa, em 2014, foi de aproximadamente de 20% dos mais de 700 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#online> Submissions.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

### 5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International

Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final
4. Concordam que são responsáveis pela exactidão e integridade de todo o trabalho

As condições 1, 2, 3 e 4 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o "Formulário de Autoria" com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção "Agradecimentos".

## 6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: \_\_\_\_\_ (ref.

AMP \_\_\_\_\_) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no

tudo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

### **Todos os Autores devem assinar**

Data: \_\_\_\_\_

Nome (maiúsculas): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

## 8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

## 9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

## 10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente re-



vistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

## 11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

## 12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.

c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.

d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.

e) A identidade dos revisores é confidencial.

f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.

g) O editor-chefe tem total independência editorial.

h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.

i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.

j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.

k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.

l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.

m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

## 13. NORMAS GERAIS

### ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o "AMA Manual of Style", 10th ed. e/ou "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados in-

cluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

### SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via "Submissão Online" da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão *online* terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

### Na primeira página/ página de título:

a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo

b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)

c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho

d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito

e) Título breve para cabeçalho

### Na segunda página

a) Título (sem autores)

b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referencias a figuras.

c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

### Na terceira página e seguintes:

#### ■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

#### ■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

## ■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov)). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

## ■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

## ■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

A linha de autoria deste tipo de artigos não deverá ex-

ceder quatro autores. Outros contributos poderão ser reconhecidos no final do texto, sob o parágrafo “Agradecimentos”.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 referências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

## ■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

## ■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

## ■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

**Abreviaturas:** Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

**Unidades de Medida:** As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

**Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos:** Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

## IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

**Legendas:** Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A

imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

**Tabelas:** É obrigatório o envio das tabelas a preto e branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

Quaisquer tabelas submetidas que sejam mais longas/largas do que duas páginas A4 serão publicadas como Apêndice ao artigo.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

**Figuras:** Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.



• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

#### AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

#### REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** "Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994<sup>13</sup> and in multiple sclerosis.<sup>14</sup>"

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço.<sup>5-9</sup>

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula.<sup>12,15,18</sup>

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

**Notas:** Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de "et al".

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

#### Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta*

*Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. *Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara.* *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

#### Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy.* 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

#### Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

#### Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

#### Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. *Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM].* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences [e-book].* 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

#### PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

#### ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas

ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

#### **NOTA FINAL**

Para um mais completo esclarecimento sobre este as-

sunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.

# APÊNDICE A

## QUEREMOS CONHECE-LA MELHOR

Fonte de informação:

<input type="checkbox"/>	Próprio
<input type="checkbox"/>	Familiar

1 - Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_

10 - Tem medo de cair? *Sim / Não*

2 - Sente a idade que tem?

<input type="checkbox"/>	Não, sinto-me mais velha
<input type="checkbox"/>	Sim, sinto a minha idade
<input type="checkbox"/>	Não, sinto-me mais nova

11 - Quantas vezes caiu no último ano?

<input type="checkbox"/>	nenhuma
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2 ou mais

3 - Tem gosto em viver?      *Sim / Não*

4 - Tem algum passatempo?      *Sim / Não*

Se sim, quais?

<input type="checkbox"/>	Bordar
<input type="checkbox"/>	Costura
<input type="checkbox"/>	Ler
<input type="checkbox"/>	Palavras cruzadas
<input type="checkbox"/>	Outros

5 - Qual o seu estado civil?

<input type="checkbox"/>	Casada
<input type="checkbox"/>	Solteira
<input type="checkbox"/>	União de facto
<input type="checkbox"/>	Divorciada
<input type="checkbox"/>	Viuva

6 - Com quem vive?

<input type="checkbox"/>	Sózinha
<input type="checkbox"/>	Com familiares - quais? marido, filhos, outros _____
<input type="checkbox"/>	Lar

7 - Precisa de apoio dos familiares?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Se sim, qual?

<input type="checkbox"/>	Financeiro
<input type="checkbox"/>	Logístico
<input type="checkbox"/>	AVD's

8 - Vive em casa própria?      *Sim / Não*

9 - Número de anos de escolaridade? \_\_\_\_\_